

ST. ELISABETH HOSPIZ, LENNESTADT-ALTENHUNDEM

TEL: 02723-6064400 FAX: 02723-6064408 IK 510 591 813

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse	Name des Versicherten	
	Vorname	
	Geb.-Datum	
	Straße	
	PLZ/Ort	
	KV-Nr.	

Erstantrag

Folgeantrag *

Nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose:

.....

Stadium/ggfs. Metastasierung/Prognose:.....

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ja

* Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen u. aktuellen Therapie:

.....

.....

Zukünftige Therapie:

.....

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

<input type="checkbox"/> Psychosoziale/seelsorgerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO-Schema)	<input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung
<input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)
<input type="checkbox"/> Wundversorgung(Dekubitus,exulcerierende Tumore,Fisteln)	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor ja nein

Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung ja nein

Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet ja nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arztes / Stempel

– Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig –